

# 2026

# Краткий обзор

# ЛЬГОТ

---

## **План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**

**1 января – 31 декабря 2026 г.**

Этот план доступен для жителей округов Клакамас, Малнома и Вашингтон штата Орегон.

## Если вы присоединяетесь к плану Providence

Вы не просто получаете страховой полис, но и становитесь частью сообщества, заботящегося о вашем здоровье и благополучии. Этот краткий обзор льгот предназначен для того, чтобы помочь вам принять верные решения в отношении медицинского обслуживания. Это краткое описание того, что будем покрывать мы и сколько будете платить вы, если присоединитесь к нашему плану Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Сразу оговоримся, что это неполный перечень льгот: в нем перечислены не все покрываемые нами услуги и не все ограничения и исключения. Планы могут предлагать дополнительные льготы, помимо предусмотренных Частями C и D.

Полный перечень покрываемых нами услуг приведен в Справочнике страхователя (Evidence of Coverage, EOC). Печатную копию можно заказать на [ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC) или позвонив в наш отдел обслуживания клиентов по одному из номеров, которые указаны ниже в разделе «Контакты».

## Обзор плана

Программа страхования Providence Health Assurance – это сочетание планов HMO, HMO-POS и HMO SNP со страховыми контрактами Medicare и Oregon Health Plan. Регистрация в плане Providence Health Assurance возможна только после продления договора.

Участники нашего плана получают не только все льготы, предусмотренные программой Original Medicare, но и некоторые дополнительные льготы, описанные в этом кратком обзоре.

## Кто может стать участником?

Чтобы стать участником нашего плана, вы должны иметь право на участие в программе Medicare (Часть A), быть зарегистрированными в программе Medicare (Часть B), иметь право на все льготы по плану Oregon Health Plan (Medicaid) и проживать в зоне обслуживания нашей компании. В зону нашего обслуживания входят округа Клакамас, Малтнома и Вашингтон штата Орегон.

## Как с нами связаться?

Возникли вопросы? Мы готовы помочь. С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00. С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00.

- + Если вы являетесь участником этого плана, звоните нам бесплатно по номеру 1-800-603-2340 (телетайп: 711).
- + Если вы не являетесь участником этого плана, звоните нам бесплатно по номеру 1-800-457-6064 (телетайп: 711 / 1-800-855-7100)
- + Также можно посетить наш веб-сайт [ProvidenceHealthAssurance.com](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com)

## Полезные ресурсы

- + Перейдите на страницу [ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider), чтобы ознакомиться с нашим Справочником аптек и поставщиков или заказать его печатную копию. Кроме того, можно позвонить нам, чтобы мы выслали вам печатную копию почтой.
- + Хотите ознакомиться с формулярным списком нашего плана (списком рецептурных лекарств Части D), в котором указаны все ограничения? Перейдите на страницу [ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary](https://www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary) или позвоните нам, чтобы заказать его печатную копию.
- + Чтобы подробнее узнать о покрытии и стоимости Original Medicare, изучите действующий справочник Medicare & You (Medicare и вы). Вы можете найти его в сети по ссылке [www.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) или запросить печатную копию, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям телетайпа следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

## План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Ежемесячный страховой взнос по плану	0 долл.
Ежегодная медицинская франшиза	0 долл.
Максимальная сумма расходов из собственных средств (не включает расходы на рецептурные лекарственные средства)	Вы не несете ответственности за оплату каких-либо расходов, превышающих максимальную сумму расходов из собственных средств, на покрываемые услуги по Части А и Части В. Ваш годовой лимит в рамках данного плана внутри сети: 9 250 долл.

Льготы	Внутри сети
Покрытие расходов на стационарное лечение <sup>1</sup>	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за стационарное лечение: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>
Покрытие расходов на амбулаторное лечение <sup>1</sup>	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за операцию в амбулаторных условиях в больничном учреждении: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>
Услуги амбулаторного хирургического центра (Ambulatory Surgical Center, ASC) <sup>1</sup>	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за операцию в амбулаторных условиях в амбулаторном хирургическом центре: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>

<sup>1</sup> Эти услуги могут требовать предварительного разрешения. Более подробная информация содержится в Справочнике страхователя.

## План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Льготы		Внутри сети
Приемы врача	Прием поставщика первичной медицинской помощи	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за прием поставщика первичной медицинской помощи: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>
	Прием специалиста	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за прием специалиста: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>
Профилактическое медицинское обслуживание (например, ежегодные медицинские осмотры, иммунизация, прививки от гриппа)		<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Вы ничего не платите за любые профилактические услуги, покрываемые программой Original Medicare.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>
Экстренная медицинская помощь		<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за экстренную медицинскую помощь: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>
Неотложные медицинские услуги		<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за неотложные медицинские услуги: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>

<sup>1</sup> Эти услуги могут требовать предварительного разрешения. Более подробная информация содержится в Справочнике страхователя.

# План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Льготы		Внутри сети
<b>Диагностика/ анализы/визуализация</b>	Диагностические рентгенологические обследования (например, МРТ, УЗИ, КТ) <sup>1</sup>	<b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за диагностические рентгенологические обследования: 0 долл. <b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.
	Радиационная терапия <sup>1</sup>	<b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за радиационную терапию: 0 долл. <b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.
	Рентгеновские снимки в амбулаторных условиях	<b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за рентгеновские снимки в амбулаторных условиях: 0 долл. <b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.
	Диагностические обследования и процедуры <sup>1</sup>	<b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за диагностические обследования и процедуры: 0 долл. <b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.
	Анализы <sup>1</sup>	<b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж: 0 долл. <b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.
<b>Услуги аудиолога</b>	Покрываемые программой Medicare	<b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж: 0 долл. <b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.
<b>Стоматологические услуги</b>	Покрываемые программой Medicare <sup>1</sup>	<b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж: 0 долл. <b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.
	Другие / покрываемые не с помощью программы Medicare	<b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> 450 долларов каждые шесть месяцев на любые стоматологические услуги по вашему выбору; остаток средств аннулируется, если он не был использован в течение года, в котором было выдано пособие. <b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.

<sup>1</sup> Эти услуги могут требовать предварительного разрешения. Более подробная информация содержится в Справочнике страхователя.

## План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Льготы		Внутри сети
Услуги окулиста	Покрываемые программой Medicare обследования/скрининг	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за каждый осмотр: 0 долл. Совместный платеж за скрининг на глаукому: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл. (один раз в течение 24 месяцев для взрослых в возрасте 21 года и старше)</p>
	Плановый осмотр	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за одну плановую проверку зрения в течение календарного года: 0 долл. (включая измерение рефракции)</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл. (один раз в течение 24 месяцев для взрослых в возрасте 21 года и старше)</p>
	Покрываемые программой Medicare средства для коррекции зрения	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за полную стоимость одной пары очков или контактных линз, покрываемых программой Medicare, после каждой операции по удалению катаракты: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл. (только для отдельных заболеваний)</p>
	Обычные очки или контактные линзы	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Пособие до 150 долларов за календарный год на любую комбинацию обычных средств для коррекции зрения по рецепту врача.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл. (только для отдельных заболеваний)</p>
Психиатрическая помощь	Приемы во время стационарного лечения в больнице <sup>1</sup>	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за посещения врача во время стационарного лечения: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>
	Прием для проведения индивидуальной <sup>1</sup> и групповой терапии в амбулаторных условиях <sup>1</sup>	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за прием для проведения терапии в амбулаторных условиях: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>

## План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Льготы		Внутри сети
Учреждение квалифицированного сестринского ухода (Skilled Nursing Facility, SNF) <sup>1</sup>		<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за 1–20 дней: 0 долл. Совместный платеж за 21–100 дней: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл. Medicaid покрывает до 20 дней пребывания в SNF.</p>
Физиотерапия <sup>1</sup>		<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за физиотерапию: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>
Вызов скорой помощи <sup>1</sup>		<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за услуги скорой помощи: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>
Транспортировка (этот план включает транспортировку, не связанную с медицинскими целями) <sup>2</sup>		<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за 24 поездки в одну сторону (до 25 миль каждая), если у вас есть право на получение специальных дополнительных льгот для хронически больных (Special Supplementary Benefits for the Chronically Ill, SSBCI): 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые программой Medicaid, и транспортировку к месту назначенного приема, покрываемого страховкой, не связанную с оказанием неотложной медицинской помощи: 0 долл.</p>
Лекарства по Части В программы Medicare <sup>1</sup>		<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за лекарства по Части В: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Совместный платеж за услуги, покрываемые Medicaid: 0 долл.</p>
Программа доставки еды (только после выписки)		<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Совместный платеж за 2-разовое питание в течение 28 дней после госпитализации, соответствующей установленным критериям: 0 долл.</p> <p><b>Oregon Health Plan (Medicaid):</b> Не покрываются</p>
Предварительно пополненная дебетовая карта	Средства, отпускаемые без рецепта	<p><b>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</b> Пособие в размере 40 долл. каждые три месяца (можно использовать для покупок в магазинах с картой, для заказов по каталогу, онлайн, по почте или по телефону).</p>
	Продукты питания и свежие продукты <sup>2</sup>	<p>Пособие в размере 200 долл. каждые три месяца, если вы соответствуете критериям получения SSBCI (можно использовать для покупок в магазинах с картой, для заказов по каталогу, онлайн, по почте или по телефону). Вы также можете использовать свою</p>

## План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

		<p>карту для покупки подходящих товаров для здорового питания, таких как продукция сельского хозяйства, молочные продукты, мясо и многое другое.</p> <p>Неизрасходованные доллары будут переноситься из квартала в квартал, а затем будут списаны в конце 2026 календарного года.</p> <p><b><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u></b> Не покрываются</p>
Персональная система реагирования на чрезвычайные ситуации (PERS)		<p><b><u>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u></b> Совместный платеж: 0 долл.</p> <p><b><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u></b> Не покрываются</p>
Программа профилактики		<p><b><u>План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP):</u></b> Совместный платеж за ежемесячный абонемент в фитнес-клубах, участвующих в программе: 0 долл.</p> <p><b><u>Oregon Health Plan (Medicaid):</u></b> Не покрываются</p>

<sup>1</sup> Эти услуги могут требовать предварительного разрешения. Более подробная информация содержится в Справочнике страхователя.

<sup>2</sup> Эта льгота предоставляется как часть специальной дополнительной программы для хронически больных. Право на получение этой льготы могут иметь участники программы, имеющие сахарный диабет, хронические и инвалидизирующие психические расстройства, сердечно-сосудистые заболевания, хронические заболевания легких, неврологические расстройства и другие не указанные здесь заболевания, соответствующие условиям. Мы не можем гарантировать получение этой льготы, основываясь только на вашем диагнозе. Чтобы получить эту льготу, необходимо соответствовать всем критериям. За более подробной информацией обращайтесь в службу поддержки клиентов. по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340. (Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711.) С 1 апреля по 30 сентября мы работаем с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). С 1 октября по 31 марта мы работаем с воскресенья по субботу (7 дней в неделю) с 08:00 до 20:00 (тихоокеанское время). Звонок бесплатный.

# Льготы на рецептурные лекарственные средства

## План Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

Безусловная франшиза на рецептурные лекарственные средства	
Годовая безусловная франшиза	У вас нет безусловной франшизы
Первоначальное покрытие	Вы платите указанные суммы до тех пор, пока ваша общая сумма расходов из собственных средств не достигнет 2 100 долл.
За дженерики (в том числе за фирменные препараты, которые считаются дженериками)	
Вы платите:	Вы платите совместный платеж в размере 0, 1,60 или 5,10 долл.
За все остальные лекарственные средства	
Вы платите:	Вы платите совместный платеж в размере 0, 4,90 или 12,65 долл.
	Вы можете приобретать лекарства в розничных аптеках, входящих в сеть, и в аптеках, присылающих заказы по почте.
Катастрофическое покрытие	После того как ваши ежегодные расходы на лекарства (включая лекарства, приобретенные в розничных аптеках и через заказ по почте) достигнут 2 100 долларов, вы ничего не будете платить за лекарства.

Формуляр и (или) сеть аптек могут измениться в любой момент. Вы получите соответствующее уведомление.

**Важное предупреждение об оплате вакцин:** наш план покрывает большинство вакцин, предусмотренных Частью D, без каких-либо затрат с вашей стороны. Позвоните в службу поддержки клиентов, если вам нужна дополнительная информация.

## Краткий обзор услуг, покрываемых планом Oregon Health Plan (Medicaid)

Льготы, описанные в разделе «Страховые взносы и льготы» краткого обзора льгот, покрываются планом Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). Для некоторых участников план Oregon Health Plan (Medicaid) может оплачивать только ту сумму распределения расходов на услуги, которые обычно покрывает Oregon Health Plan (Medicaid). За дополнительной информацией обращайтесь в Oregon Health Plan (Medicaid) или в свою организацию по координации медицинского обслуживания. Участники Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), зарегистрированные в Providence через организацию Health Share of Oregon по плану Oregon Health Plan (Medicaid), не будут нести никаких затрат из собственных средств за медицинские услуги, покрываемые Medicare. Однако суммы распределения расходов на рецептурные лекарства применяются.

Подробную информацию о льготах плана Oregon Health Plan (Medicaid) можно найти по ссылке [www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Benefits.aspx](http://www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/Pages/Benefits.aspx) или позвонив в службу поддержки клиентов своей организации по координации медицинского обслуживания.

<b>Ниже приведен список услуг, покрываемых планом Oregon Health Plan (Medicaid).</b>	
<b>Льготы</b>	<b>Дополнительная информация</b>
Стоматологические услуги	Основные услуги, в том числе чистка, фторирование, пломбирование и удаление зубов Срочное или неотложное лечение Зубные протезы Коронки из нержавеющей стали для моляров (задних зубов)
Услуги для удовлетворения социальных потребностей, связанных со здоровьем (Health Related Social Needs, HRSN)	Помощь с оплатой жилья и питания Доступна для участников, соответствующих критериям, на основе оценки потребностей.
Слух	Слуховые аппараты или проверка работы слуховых аппаратов
Медицинская помощь на дому	Уход, предоставляемый дипломированной медсестрой или работником сферы медико-социального обслуживания на дому
Паллиативная помощь в условиях хосписа	Уход за пожилыми и неизлечимо больными людьми
Лечение в больнице	Неотложная медицинская помощь Стационарное или амбулаторное лечение
Вакцинация и прививки	Например, прививки от гриппа или COVID-19
Сопровождение беременности	Помощь во время родов и послеродовой уход
Лабораторные анализы и рентгеновские снимки	Например, анализ крови и маммография.
Медицинская помощь врача, практикующей медсестры или фельдшера	Например, плановый медицинский осмотр или прием у врача общего профиля.
Медицинское оборудование и принадлежности	Например, тест-полоски для диабетиков или костыли.
Транспортировка в медицинских целях	Например, в случае вызова скорой помощи или неэкстренной транспортировки на запланированный прием у врача
Психиатрическая помощь	Например, терапия или лечение в реабилитационном центре
Физиотерапия, реабилитационная терапия и логопедическое лечение	Терапия для улучшения навыков или функций, необходимых в повседневной жизни
Рецептурные лекарственные средства	ОНП с ограниченным лекарственным обеспечением включает только те лекарства, которые не покрываются Частью D программы Medicare.
Лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ	Например, консультирование, лечение с применением лекарственных средств, иглоукалывание, стационарное лечение и услуги, предоставляемые людьми с личным опытом зависимости и выздоровления.
Зрение	Осмотр у окулиста при любых заболеваниях глаз Стоимость очков покрывается для взрослых, имеющих заболевание, соответствующее критериям, например афакию или кератоконус.

## Услуги, не покрываемые планом Oregon Health Plan Medicaid (исключения)

Страховка покрывает не все виды медицинского лечения. Если вам требуется медицинская помощь, обратитесь к своему поставщику первичной медицинской помощи. Ниже представлены некоторые исключения (список не исчерпывающий).

- + Рецептурные лекарственные средства, покрываемые Частью D Medicare.
- + Заболевания, при которых эффективно помогает «домашнее» лечение, например нанесение мази, полноценный отдых для больного сустава, обильное питье или щадящая диета, в том числе указанные ниже.
  - + Стоматит
  - + Пеленочный дерматит
  - + Мозоли/натоптыши
  - + Солнечные ожоги
  - + Пищевое отравление
  - + Растяжения
- + Предметы, обеспечивающие личный комфорт или удобство (радиоприемники, телефоны, гидромассажные ванны, беговые дорожки и т. д.)
- + Услуги, которые преследуют главным образом косметическую цель, в том числе указанные ниже.
  - + Доброкачественные опухоли на коже
  - + Косметические операции
  - + Удаление шрамов
- + Состояния, при которых лечение обычно не оказывает эффекта, в том числе указанные ниже.
  - + Некоторые виды операций на спине
  - + Операции на височно-нижнечелюстном суставе
  - + Некоторые виды трансплантаций
- + Услуги, предоставляемые ближайшими родственниками или членами вашей семьи
- + Любые услуги, предоставляемые за пределами территории США
- + Неэкстренная помощь, если вы обратились к поставщику медицинских услуг, который не является участником сети
- + К другим непокрываемым услугам относятся, помимо прочего:
  - + Услуги по лечению бесплодия

Если у вас остались вопросы о покрываемых или непокрываемых услугах, обратитесь в службу поддержки вашей организации по координации медицинского обслуживания.

Данная информация не представляет собой полное описание льгот. Для получения дополнительной информации звоните по номеру **1-800-603-2340**, 711 для пользователей телетайпа. Лицам с полной двойной регистрацией в планах, имеющим право на участие в программе Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP), возмещаются страховые взносы, предусмотренные Частью В. Размеры страховых взносов, совместных платежей, сострахования и безусловной франшизы могут меняться в зависимости от уровня получаемой вами дополнительной помощи. Обращайтесь к сотрудникам плана за более подробными разъяснениями.

## **Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services**

### **English**

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-603-2340 (TTY: 711) or speak to your provider.”

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

### **Việt (Vietnamese)**

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-603-2340 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”

### **中文 (Chinese-Simplified)**

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-603-2340（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。”

### **中文 (Chinese-Traditional)**

注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-603-2340（TTY：711）或與您的提供者討論。」

### **РУССКИЙ (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

### 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

### українська мова (Ukrainian)

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-603-2340 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

### 日本語 (Japanese)

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-603-2340 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

### العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-603-2340 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

### ភាសាខ្មែរ (Khmer)

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

### Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-603-2340 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.“

## فارسي (Farsi)

توجه: اگر فارسي صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-603-2340 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

## Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-603-2340 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. »

## ไทย (Thai)

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-603-2340 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

## Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-603-2340 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.”

## አማርኛ (Amharic)

ማሳሰቢያ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-800-603-2340 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።”

## ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-603-2340 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।”

## ລາວ (Laos)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ

ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ."

## ՀԱՅԵՐԵՆ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվակապակց արհեստագործական անվճար ծառայություններով: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է համապատասխան օժանդակ միջոցներով ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Ձևագրահարեք 1-800-603-2340 հեռախոսահամարով (TTY` 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

## Lus Hmoob (Hmong)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-603-2340 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob."

## हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"